

Bibliografie

1. Baciú Gh. Istoricul Medicinii legale în Republica Moldova. Chișinău, 1997; 96.
2. Baciú Gh. Medicina legală. Chișinău: Ruxanda, 1999; 221-225.
3. Brânză S., Ulianovschi X., Stati V. și al. Drept penal. Ediția a II-a. Chișinău: Cartier, 2005; Vol. 2, 804.
4. Carte românească de învățătură. Ediție critică. București, 1961; 37-38.
5. Codul Penal al R.M (985). Monitorul Oficial al Republicii Moldova. 14.04.2009; nr. 72-74.
6. Constituția Republicii Moldova. Monitorul Oficial al Republicii Moldova. 18.08.1994; nr. 1.
7. Legea privind sănătatea mentală (35). Monitorul Oficial al Republicii Moldova. 04.04.2008; nr. 69-71.
8. Legea cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor (382). Monitorul Oficial al Republicii Moldova. 15.07.1999; nr. 073.
9. Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului (nr. 263). Monitorul Oficial al Republicii Moldova. 30.12.2005; nr. 176-181.
10. Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic (nr.264). Monitorul Oficial al Republicii Moldova. 23.12.2005; nr. 172-175.
11. Legea cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială (nr.185). Monitorul Oficial al Republicii Moldova. 02.08.2001; nr. 090.

12. Legea ocrotirii sănătății (nr. 411). Monitorul Oficial al Republicii Moldova. 22.06.1995; nr. 34.
13. Novac-Hreplenco T., Dodon I. Bazele legislației în sistemul sănătății publice. Chișinău: Bons Offices, 2006; 246 p.
14. Ungurean S. Medicina legală. Chișinău: Știința, 1993; 403-409.
15. Ungurean S. Deficiențe medicale: cauze și consecințe. Chișinău, 2001; 123.
16. Вермель И. Г. Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности (Вопросы теории и практики). Свердловск, изд-во Урал. Ун-та, 1988; 112.
17. Магышев А. А. Судебная медицина. Руководство для врачей. Санкт-Петербург: «Гиппократ», 1998; 505-515.

Andrei Pădure, dr., conferențiar
Șef catedră Medicina Legală
USMF „Nicolae Testemițanu”
Chișinău, str. Korolenko, 8
Tel.: 738284
E-mail: forestamd@yahoo.it

Recepționat 08.10.2009

Pancreatita acută la începutul secolului XXI

A. Ghereg

Catedra Chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi”
 Cursul Endoscopie și Chirurgie Miniinvazivă, USMF „Nicolae Testemițanu”

Acute Pancreatitis at the Beginning of the XXI Century

The author presents a review of definitions, classifications, epidemiology, ethiology, pathogenesis and prognostic scores of acute pancreatitis (AP). From these sources the author studied the historical aspects of the treatment of AP: the contemporary conservative treatment, the evolution of surgical methods, and the results of treatment.

Key words: acute pancreatitis, medical, surgical treatment.

Острый панкреатит в начале XXI века

Автор приводит обзор литературы по проблеме острого панкреатита (ОП). Приводятся определение, классификация, эпидемиология заболевания, этиология, патогенез и критерии прогноза эволюции ОП. Автор подробно останавливается на исторических аспектах лечения ОП: современных понятиях консервативного лечения, эволюции хирургических методов лечения ОП, показания, результаты.

Ключевые слова: острый панкреатит, консервативное, хирургическое лечение.

Tabelul 1

Introducere

Pancreatita acută (PA) este procesul inflamator acut al pancreasului, care poate rămâne localizat la nivelul glandei sau se extinde variabil la țesuturile peripancreatice retroperitoneale și la organele situate la distanță de loja pancreatică [1], fiind un model de imunoinflamație locală și sistemică acută, al cărui spectru clinic cuprinde sindromul de răspuns inflamator sistemic, septicemie și insuficiența multiplă de organe (MOF).

Sumarul clasificării de la Atlanta, 1992 (Bollen et al., 2008 [2] este redat în tabelul 1.

Sumarul clasificării

Pancreatita acută	Proces inflamator acut în pancreas, cu implicare variabilă a țesuturilor regionale sau a sistemelor de organe, asociată cu ieșirea și cu creșterea nivelului de enzime în sânge/urină
Severitatea: Pancreatită acută ușoară Pancreatită acută severă (PAS)	Este asociată de disfuncții de organe, care eventual pot dispărea; lipsită de semnele unei pancreatite severe. De obicei, cu o structură normală a parenchimului pancreatic la CT cu contrastare Asociată cu leziuni de organe/sau complicații cum ar fi necrozele, abcesele sau pseudochisturile
Scorurile severității: PAS	Scorul Ranson ≥ 3 sau APACHE II ≥ 8

Dereglări de funcție ale organelor sau sisteme: Șoc Presiune sistolică < 90 mm Hg Insuficiență pulmonară PaO ₂ < / = 60 mm Hg Dereglare funcție renală Creatinina > / = 177 mmol/l or < / = 2 mg/dl, după rehidratare Hemoragie gastrointestinală 500 ml/24 de ore CID Trombocite < / = 100 000 / mm ³ , fibrinogenul < 1,0 g/l și produse din fragmente de fibrină > 80 mg/l Tulburări metabolice severe Ca < / = 1,87 mmol/l sau < / = 7,5 mg/dl	
Complicații locale Colecții fluide acute	Se produc precoce în evoluția pancreatitei acute, sunt localizate în / sau în apropierea pancreasului mărginite cu un val de granulații sau țesut fibros. La ½ dintre pacienți este posibilă o regresie de sine stătător.

Epidemiologia pancreatitei acute, morbiditatea, mortalitatea

Incidența reală a PA este dificil de estimat și este influențată de o serie de variabile: factorii etiologici și geografici, criteriile și acuratețea diagnosticării, accesul către datele autopsice. PA este o problemă severă în Europa, fiind o problemă medicală, chirurgicală, financiară semnificativă. Formele distructive ale PA sunt cea mai complicată problemă în gastroenterologie și în chirurgie [3]. Incidența variază de la 5,4 – 79,8 : 100 000 populație, 200-800/1 mln populație / an, alcătuind 4-10% din numărul total de pacienți de profil chirurgical [4, 5, 6], 10-80 de cazuri noi 100 000 locuitori an și se corelează cu epidemiologia alcoolismului și a litiazei biliare – factorii etiologici principali [7], deținând locul III în afecțiunile chirurgicale acute [8, 9].

Etiologia și patogenia pancreatitei

Datele literaturii sunt controversate, problema etiologiei fiind prezentată diferit de autori. Cauza alcoolică rămâne cea mai des întâlnită de la 35-59% (10,11,12), urmată de cea biliară 31,5%- 40% [13, 14, 15]. Factorul alimentar e responsabil de apariția pancreatitei în 11,4% [16]. Un alt factor etiologic îl reprezintă agresiunea operatorie.

Au fost propuse diferite teorii: teoria canalului unic (Bernard, Hilderbrandt, Opie) – pătrunderea bilei în ductul pancreatic; coledocolitiază, edemul inflamator și stenoza cicatricială a Sf. Oddi, încarcerarea calculilor în PDM. Sucul pancreatic pătrunde în CBP formând cu bila un „coctail” distrugător în același timp este important și spasmul vascular [17]. Tratamentul profilactic al calculilor este decisiv [5]. O problemă aparte este PA postoperatorie atestată în 2,5% și disfuncția sf. Oddi [18, 19].

Teoria vasculară susținută de unii autori [20] explică apariția formelor purulente și gangrenoase, cu o evoluție foarte severă. Teoria toxico-infecțioasă argumentează apariția complicațiilor purulente la 2-12% peste 2-3 săptămâni [21]. În literatură se insistă asupra elementului principal de declanșare a pancreatitei datorită dereglării eliminării secretului pancreatic și dezvoltarea hipertensiunii intraductale [17, 22, 23].

Mecanismul canalărilor – teoria canalului comun (Opie, 1901) explică apariția pancreatitei prin refluxul bilei în canalele pancreatice și prin activarea enzimatică intraglandulară sub acțiunea componentelor biliare [24].

V. S. Saveliev [25] constată că etiologia se stabilește la 75-80% dintre pacienți, iar la 20-25% sunt pancreatite idiopatice.

Printre formele mai recent evidențiate sunt PA post-CPRE [26, 27, 28].

Caracteristic PA post-CPRE este apariția sindromului dureros în timpul efectuării STE sau imediat după aceasta. Evoluția este rapidă (primele 24 de ore) spre peritonită; prevalarea schimbărilor hemoragice în capul pancreatic și lipsa schimbărilor în corp și în coadă, cu îmbibarea hemoragică a țesutului parapancreatic, urmare a diatermonecrozei sau a focarului de inflamație cronică, cât și perforația porțiunii intrapancreatice a CBP [29, 30, 31].

Fogel EL [32] aduce o incidență de PA la 30% după CPRE la pacienții cu risc: disfuncția sf. Oddi – 4,09%; 2,46% – în caz de prezență a unui istoric de pancreatită.

Folosirea metodelor profilactice au micșorat cazurile de pancreatită acută după CPRE de la 12 până la 7,4%, iar a formelor distructive – de la 3,0 până la 0,4%. Cu toate acestea problema pancreatitelor post-CPRE nu este soluționată [33].

Manometria – metodă de explorare a CBP, sf. Oddi și a ductului pancreatic

Din punct de vedere al importanței hipertensiunii ductale în declanșarea PA, determinarea presiunii este metoda apropiată de răspunsul la întrebarea prezenței sau a lipsei hipertensiunii wirsungiene.

Manometria sf. Oddi (34) a fost efectuată la 105 pacienți, care a depistat stenoza papilară sau disfuncția sf. Oddi în 56%, cu veziculă biliară prezentă, și la 73%, dintre cei care au suportat colecistectomie.

Arendt T [35] propune măsurarea presiunii ductale timp de 24 de ore. Obstrucția CBP a mărit presiunea cu 17 +/- 3 cm H₂O. Unii dintre autori [33] nu folosesc această metodă de investigare, susținând că manometria sf. Oddi poate fi asociată cu un risc de PA post-CPRE de 10-20%, iar în grupul cu disfuncția sf. Oddi pancreatitele au fost atestate în 27% vs 3% din cazuri. Singh *et al.* susțin că manometria nu este asociată cu o rată înaltă de pancreatite. În cazul disfuncției Oddi la CPRM și la CPRE cu manometrie a depistat disfuncția în 86,7% din cazuri cu 2 cazuri de rezultate fals negative. Colangiopancreatografia prin rezonanță magnetică (CPRM) cu secretină este o alternativă a manometriei. În cazurile cu rezultate în limitele normei, manometria repetată a depistat în 42% disfuncțiile sf. Oddi. O singură manometrie nu exclude disfuncția sf. Oddi.

Craig AG, Sapy P [36] au comunicat că manometria este cea mai definitivă investigație în evaluarea pacienților cu disfuncția sf. Oddi, cu implicarea fiecărei componente biliare sau pancreatice. Din punct de vedere tehnic, manometria se efectuează cu un cateter triluminal, de o lungime de 200 cm, din poliamid, cu diametrul intern 0,45 mm.

Videomanometria sf. Oddi este o metodă promițătoare și inovativă și este recomandată în practică [37, 38].

Criteriile de prognoșticare a evoluției PAS

De obicei, majoritatea pacienților suferă de o pancreatită ușoară, este dificil de apreciat în momentul internării la care dintre ei există riscul dezvoltării PAS. Criteriile severității includ disfuncțiile de organe, în particular: șocul, insufici-

ența pulmonară, renală și/sau complicațiile locale, în special necroza pancreatică sau abcese și pseudochisturile. Necroza pancreatică a fost definită ca prezența ariilor difuze sau locale de țesut neviabil care de obicei, este asociată cu necroza țesutului adipos. Este foarte importantă prezența unor indici obiectivi de severitate a pancreatitei. Examenul clinic la internare în primele 24 de ore nu sunt prea specifice și nu au o sensibilitate pronunțată; se cere o obiectivizare a situației. Unul dintre acești indici este proteina C-reactivă cu o sensibilitate și cu o specificitate de 80%, dar care poate fi apreciat doar peste 48 de ore de la apariția semnelor PA.

Pentru prognoșticare au fost propuse diferite scoruri bazate pe indici clinici și de laborator cum ar fi scorul Ranson, Glasgow și APACHE II. Alt indice ar fi indicele de greutate la obezi, ceea ce ar putea crește riscul complicațiilor sistemice și al mortalității. Dacă la scorul APACHE II sunt adăugate cele 2 puncte condiționate de obezitate, acesta devine APACHE-O. Scorul comun în aprecierea disfuncțiilor de organe ar fi SCORUL *Disfuncțiilor multiple de organe* (MODS) și determinarea disfuncțiilor secvenționale de organe (SOFA).

CT este considerată drept „standardul de aur” în diagnosticarea necrozelor pancreatice, factor luat în considerație de scorul Baltazar. În scorul Baltazar peste 5, mortalitatea crește de 8 ori. Creșterea scorului APACHE II în primele 48 de ore este sugestiv pentru dezvoltarea unei pancreatite severe. Examenul CT cu contrast permite la a II-a sau la a III-a zi de a diferenția formele interstițiale sau necrotice ale PA. Se mai afirmă că, la o necroză de peste 50% din parenchimul pancreatic, în mortalitate nu există o distincție veridică semnificativă în formele sterile sau în cele infectate.

Ghidirim Gh. [39] consideră, că cel mai apropiat de realitate este scorul APACHE II.

Întru precizarea diagnosticului se folosesc markerii inflamatori – proteina C-reactivă.

Clasificarea Baltazar are 5 clase de severitate, notate de la A la E [40]. La folosirea contrastului se evidențiază zonele necrotice (clasificarea Freeny, cu 5 grade de severitate): formele ușoare clasele A și B, cu lipsa macroscopică a necrozei; formele severe – C, D, E – grupurile cu risc de complicații. Un alt indice important este cel de severitate: CT/CTSI (*computer tomography severity index*) cu o acuratețe de 85%. PAS se stabilește, dacă scorul APACHE II este mai mare de 8. Valoarea predictivă pozitivă – 71%, iar acuratețea globală – 80%. Determinarea tripsinogenului – 2 seric are o sensibilitate de 91% și o specificitate de 71%.

Tratamentul PA. Istoric

Tratamentul PA a evoluat în timp [41, 42]. 40 de ani în urmă se pleda pentru tactica chirurgicală activă. Letalitatea înaltă după tratamentul chirurgical, comparativ cu cel conservator, a schimbat atitudinea. Astfel, s-a recomandat tratamentul conservator, cel chirurgical fiind propus doar după indicații stricte.

Malinovschii N. N. [43] afirmă că, până în 1987, tactica în PA era conservatoare, operațiile efectuându-se doar în complicațiile septicopurulente.

Sunt divergențe în determinarea indicațiilor și a contraindicațiilor în tratamentul chirurgical al PA. În forma

edematoasă se propune tratamentul conservator. În PAD – tratamentul chirurgical se indică în peritonita pancreatogenă, abcese și pseudochisturi pancreatice. La momentul actual, este recomandabilă tactica activ-espectativă.

Tratamentul PA este multidisciplinar [44]. Conform datelor oferite de alți autori, letalitatea variază de la 1,9, în formele ușoare, și până la 85%, în cele distructive [45, 46, 5, 47] și chiar 80 – 90% în necroza infectată cu insuficiență pluriorganică. La cei cu insuficiență de 1-2 organe, letalitatea este de 40-50%, insuficiență a 4 organe – letalitatea – 80-100%. Pancreonecroza infectată este urmată de o morbiditate cu mortalitate prin septicemie și insuficiență multisistemică. Asocierea infecției în termene precoce produce dezvoltarea șocului toxico-infecțios. Contaminarea cu flora microbiană condițional patogenă de proveniență endogenă sau intestinală prin translocare, urmată de o cascadă de reacții patologice [48].

Media infectării este de 40-70%: în prima săptămână – în 24%; în a II-a – în 36%; a III-a – în 71% din cazuri [49].

Complicațiile purulente [50] se înregistrează în 29,5%; pseudochisturile postnecrotice sau abcese pancreatice – în 72,8%; flegmonul retroperitoneal – în 29,8% din cazuri. În pancreonecroza infectată letalitatea este de peste 50% [51].

Tratamentul conservator (medical) al PA

Acest tratament diferă în funcție de autor, cantitativ și calitativ. Ghidurile practice propuse de Colegiul American de Gastroenterologie (1997) propun, în linii generale, tratament suportiv, resuscitarea cu fluide, alimentarea enterală, transferul în ATI, antibioterapia, tratamentul necrozei pancreatice infectate, tratamentul necrozei sterile, tratamentul erupțiilor ductale. Tratamentul suportiv este, în esență, îndreptat spre prevenirea hipoxemiei și resuscitarea fluidică [52]. Analgezia este un element important în tratament, iar administrarea preparatelor analgezice narcotice este necesar să fie indicate la fiecare 2-4 ore. Suportul nutrițional trebuie inițiat în PAS, atunci când devine clară imposibilitatea alimentării perorale pentru câteva săptămâni. În acest scop se v-a efectua alimentarea enterală, care este mai eficace decât alimentarea totală parenterală. În PA severe sunt indicate: internarea în ATI, monitorizarea și tratamentul intensiv în funcție de severitate și de teren. Tratamentul PAS, cu complicații sistemice MOF și locale severe se face în unități specializate **printr-o colaborare multidisciplinară**.

Se propune următorul tratament conservator: analgezie, tratamentul insuficienței cardiovasculare acute, corecția dereglărilor microcirculației, suprimarea funcției de secreție externă a pancreasului, tratamentul toxemiei endogene [53, 54, 1, 55].

Tratamentul chirurgical al PA

Problema tratamentului chirurgical și laparoscopic al PA rămâne în atenția chirurgilor fiind controversată și departe de a fi rezolvată.

După părerea unor autori [56, 57], indicațiile principale pentru tratament chirurgical sunt:

- infectarea unei PA sterile documentată prin aspirație fină;
- necroza sterilă, cu dereglări ale funcțiilor de organe, când aceasta ocupă mai mult de 50% din țesutul pancreatic, la 3 săptămâni după atacul de PAN.

Se efectuează:

- necrosectomia cu drenare și relaparotomiile de necesitate;
- metoda cu lavaj continuu postoperatoriu;
- tratamentul deschis cu necrosectomie, urmată de relaparotomie prin abdomen marsupializat deschis.

Nu există consens sau indicații certe în managementul chirurgical al PA necrotice infectate, deși, în general, este acceptat faptul că necroza infectată necesită intervenție chirurgicală.

Bursostomia oferă avantajul controlului vizual, al drenării larg deschise și continue a focarului infectat. Operația precoce pentru PAN nu influențează supraviețuirea și poate fi asociată cu o rată crescută a complicațiilor. Suhopara Iu. N. [58] relatează că la *Congresul I internațional din Moscova* (1995) și la Conferința I Internațională în Chirurgia de Urgență (Belgrad, 1996) s-a optat pentru atitudinea tactică de bază prin excluderea operațiilor precoce mai ales a laparotomiilor explorative.

Tactica este selectată în funcție de raportul compartimentului necrotic și celui lichidian, cât și în funcție de gradul de infectare, care permit ameliorarea rezultatelor.

Tratamentul laparoendoscopic al PA

Aplicarea tehnologiilor laparoscopice în diagnosticarea pancreatitei acute devin tot mai atractive prin posibilitatea diagnosticării precoce a PA și prin miniinvazivitatea intervenției [59]. Autorii afirmă că laparoscopia permite determinarea etiologiei pancreatitei acute, a formelor morfologice a procesului patologic în pancreas și în cavitatea abdominală, extinderea procesului în același timp permite aprecierea stării căilor biliare.

Nu în toate cazurile prin abord laparoscopic este posibil a examina pancreasul, a determina adevărata răspândire și caracterul procesului distructiv în pancreas și în spațiul parapancreatic.

Letalitatea postoperatorie înaltă în PA și tratamentul acesteia a dictat folosirea tehnologiilor miniinvazive [60, 61, 62, 63], care au următoarele indicații:

- Peritonita fermentativă cu colecistită distructivă sau coledocolitiază;
- Peritonita fermentativă și asocierea unui flegmon retroperitoneal parapancreatic.
- Abcesul al BO, flegmonul parapancreatic și retroperitoneal + coledocolitiază și icterul mecanic.
- Laparoscopia cu inventarierea și cu sanarea cavității abdominale, la indicații – colecistostomia sau colecistectomia laparoscopică. Sub control laparoscopic se determină proiecția accesului mini-laparotomic pe peretele abdominal anterior.
- Sanarea și drenarea abcesului BO sau a flegmonului parapancreatic.

- Colecistostomia laparoscopică în cazul riscului înalt al colecistectomiei, sanarea cavității abdominale și drenarea ei. La fiecare al cincilea s-a efectuat sanarea miniinvazivă și drenarea flegmonului retroperitoneal. S-au micșorat complicațiile postoperatorii cu 26,7%, zilele/pat – până la 20,5, letalitatea – până la 19%.

Introducerea chirurgiei laparoscopice a condiționat necesitatea reevaluării algoritmului tradițional [64].

Datele literaturii referitoare la indicațiile de aplicare a intervențiilor laparoscopice în tratamentul PAS sunt destul de controversate. Majoritatea autorilor consideră ca indicații de aplicare a laparoscopiei diagnostice: peritonita fermentativă, neeficiența tratamentului conservator, toxemia de severitate medie și înaltă, tabloul clinic incert [65, 66, 67]. Unii chirurghi aplică laparoscopia în scopul preconizării formei pancreatitei și determinarea schimbărilor parapancreatice și retroperitoneale [68, 69, 70]. Mai bine sunt formulate indicațiile de aplicare a metodelor laparoscopice de Suhopara Iu. N, Maistrenco N. M. și Trișin V. M. [58] (2003). Acestea ar fi:

- peritonitele pancreatogene;
- intoxicarea pancreatogenă de severitate medie și înaltă;
- colecistita acută distructivă asociată PA;
- icterul mecanic;
- neeficiența tratamentului conservator timp de 12-24 de ore sau progresia semnelor de pancreatită și de intoxicație. La creșterea semnelor clinice [71] este indicată sanarea laparoscopică și drenarea cavității abdominale și bursei omentale.

Pavars M. [29] afirmă că chirurgia miniinvazivă este o nouă și o promițătoare modalitate în managementul pacienților cu PAS. Datorită folosirii metodelor miniinvazive operația este posibilă în prima săptămână – operații transcutanate și endoscopice [72]. Avantajele: staționarea până la o săptămână și revenirea în câmpul muncii în 3 săptămâni. Unii autori [140] propun laparoscopia sau drenarea colecțiilor prin puncție sub control USG, necresechectomia la 2-3 săptămâni, după demarcarea sechestrelor.

În cadrul laparoscopiei: sanația, colecistostomia, deschiderea și drenarea bursei omentale și a cavității abdominale transfixiant prin bursa omentală, urmează bursomentoscopia și retroperitoneoscopia la 5-6 zile. Sechectomia de etapă cu cavitare USG. Laparoscopiile dinamice sanaționale; bursopancreatostomia și retroperitoneoscopia la 5-6 zile. Sechectomiile de etapă cu cavitarea USG, laparoscopiile sanaționale; bursopancreatostomia, abdominalizarea pancreasului, deschiderea flegmonului retroperitoneal, ceea ce a micșorat termenul tratamentului cu 20%, letalitatea – 10%.

Ballestra-Lopez [73] susține folosirea în PAB a CPRE etapa I, la a II-a – CEL în pancreatitele ușoare în prima săptămână. În cele severe după 7 zile, cu colangiografia intraoperatorie, conchizând că tratamentul laparoscopic în pancreatitele severe ar necesita niște investigații ulterioare.

Drept contraindicații vor servi: hemoragia intrachistică (hemostaza este obligatorie); ruptura intraperitoneală (drenaj peritoneal, reperare dificilă); hipertensiunea portală asociată (risc de hemoragie).

Drenajul endoscopic prin pseudochistogastro- sau duodenostomie este indicat în pseudochisturi, care bombează gastric sau duodenal [4, 74, 75].

Drenajul endoscopic prin endoprotezarea ductului Wirsung în pseudochisturile cefalice, comunicante larg cu sistemul ductal, dar cu rezultate inconstante și cu o rată mare de recidivă.

Managementul pseudochisturilor, cu un diametru de până la 6 cm, include: decompresiunea chirurgicală prin drenaj percutanat; decompresiunea chirurgicală prin drenaj extern sau intern (stomac, duoden, jejun) și rezecția pancreasului. Se asigură drenajul cu succes la 82-89% dintre pacienți. Chistogastrostomia (1994) este propusă de Way, Trias, Meltzer, Amoral, Holeczz, Denis, Smadja (cit. Laureano F,9).

În 94% din cazuri în terapia endoscopică [76] pancreatita a răspuns printr-o reducere semnificativă a semnelor clinice și a nivelului de amilaze. În grupul Indianapolis au fost studiate rezultatele a 313 pacienți cu disfuncții sf. Oddi și cu pancreatograme în normă. STE repetată a fost efectuată la pacienții cu presiunea bazală pancreatică crescută, în care STE unică a fost un tratament neadecvat. Manometria a depistat o presiune biliară crescută și pancreatică în limitele normei la 28 de pacienți; norma biliară și devierea pancreatică – la 108 pacienți; și ambele peste normă – la 177 de pacienți. Rata complicațiilor – 13% din cazuri. După 43 de luni în cazul durerilor persistente, care nu puteau fi controlate cu medicamente, s-a repetat la 24,6% dintre pacienți. Cei mai mulți pacienți cu disfuncții ale sfincterului Oddi, tip I sau II și III, nu au fost supuși intervențiilor repetate. În pancreatitele post – CPRE, la 436 s-a depistat disfuncții oddiene: la 256 – ductografia și manometria au fost în normă. 12,9% dintre pacienți au avut o pancreatită post-CPRE.

Metodele miniinvazive oferă următoarele beneficii părți pozitive – lipsa necesității anesteziei generale repetate; pacienții sunt activi; se micșorează pierderile proteice, electrolitice și altor componente plasmatic, nu se formează herniile ventrale [76]. Tratamentul laparoscopic micșorează traumatismul, de 1,5 ori – durata aflării în staționar și de 2 ori – letalitatea [77].

În peritonitele fermentative este indicat tratamentul miniinvaziv – drenarea laparoscopică a cavității abdominale și a bursei omentale, blocaje curative. Seewald S. [78], referindu-se la rezultatele metodelor endoscopice, se pronunță pentru investigațiile ulterioare.

Hammarstrom L. E. [79] pledează pentru drenajul endoscopic în PA monitorizând rezultatele în termene imediat, precoce sau mediu. Autorul a efectuat drenajul ductului Wirsung la 13 dintre 18 pacienți (72%). STE ca unică metodă a fost întrebuițată în 7/13, aplicarea stentului – în 6/13. Drenajul CBP – la 10 pacienți cu STE. Rezultate imediate – 1-30 de zile și medii – 48 de luni; excelente (fără dureri), bune (dureri ocazionale mici) – în 62%. Complicații – la 4 pacienți (31%), formare de abces – la 1 pacient, aplicare repetată a stentului – la 1 pacient, sau migrarea stentului – la 2 pacienți.

Kozarek R. A. [68] propune plasarea stentelor și a drenelor în menajarea pancreatitelor: 9 – în PA; 8 – în cea cronică. În caz de hipertensiune ductală pancreatică datorată stenozei,

eruperea ductului sau a pseudochistului. S-a constatat reducerea marcantă a durerilor cronice și a atacurilor de pancreatită. În concluzie, drenajul sau stentarea micșorează necesitatea intervenției chirurgicale asupra pancreasului, temporizează situația înainte de terapia definitivă.

Kurbangaliev A. I. [80] subliniază în lucrările sale tendința operațiilor miniinvazive: laparoscopia diagnostică, pancreatoscopia directă, sanarea bursei omentale și a cavității abdominale. În PAB – colecistectomia laparoscopică, coledoscopia, coledocolitotomia, drenarea CBP, necrsechestrectomia. În faza șocului pancreatogen sau a toxemiei laparoscopia se va efectua pentru diagnosticarea, sanarea și drenarea bursei omentale și a cavității abdominale. Letalitate prin burso- și retroperitoneostomie este de 17,6% – miniinvaziv, iar în re-laparotomii – 47,8% [81].

CPRE + manometria sf. Oddi revelează diagnosticul în cazul pancreatitei recurente, fără o cauză determinantă [34]. STE este tratamentul de elecție al disfuncțiilor sf. Oddi și al stenozei papilare. Sfincterotomia dublă pancreatobiliară prognozează un nivel redus de morbiditate rezultate la distanță mai bune decât doar STE. Papilotomia papilei duodenale minore, cu un termen de stentare scurt, pare a fi o rezolvare eficientă la o pancreatită recurentă asociată. Drenajul ghidat endoscopic sau endosonografic va îmbunătăți tratamentul fiind tratamentul de elecție al majorității pseudochisturilor simptomatice pancreatice. Debridarea transmurală a abceselor pancreatice și a necrozelor infectate este de asemenea studiată, dar oferă o alternativă prin acces miniinvaziv în cazuri selecte. Acestea trebuie să fie doar în centrele de performanță.

Kuznețov N. A. [82] propune, pentru ameliorarea rezultatelor tratamentului, metode de endochirurgie: laparoscopia diagnostică și sanare; USG, laparoscopia de urgență, laparoscopia dinamică, laparoscopia curativă. Laparoscopia de urgență poate fi efectuată sub anestezie locală. La bolnavii în vârstă și senili și la bolnavii cu șoc pancreatogen s-a apelat la o anestezie generală (endotraheală, anestezie peridurală după tratamentul antișoc. O largă răspândire o are tratamentul endoscopic al colecțiilor pancreatice [83, 84, 85]. În sanarea endolaparoscopică se recomandă o anestezie generală. Se drenează cavitatea abdominală bursa omentală, ligamentul rotund al ficatului, colecistostomia. Bursa omentală drenată prin Vinslow sau ligamentul gastrocolic. Cateterul cu diametru de 1-2 mm la 5-7 cm în ligamentul rotund, cu introducerea a 0,25% de novocaină. Se propune colecistostomia prin acces direct și colecistostomia de suport (Prudkov). Indicații pentru laparoscopia diagnostică servesc:

- agravarea tabloului clinic și USG a pancreatitei;
- criteriile de evoluție nefavorabilă la laparoscopia primară (reacție semnificativă a peritoneului parietal și visceral, răspândirea peritonitei, caracterul exsudatului). Se va colecta lichid pentru controlul bacteriologic.

Pentru o diagnostică veridică a pancreatitei este necesară prezența a cel puțin 3 semne în diferite asocieri. 4 semne în primele zile stabilesc pancreonecroza. Pancreonecroza se confirmă și în prezența a cel puțin a unui semn veridic (pete de steatonecroză, exsudat hemoragic, îmbibarea hemoragică sau „sticloasă” a țesuturilor.

Semnele evoluției nefavorabile se determină cu 12–24 de ore mai devreme decât schimbarea indicilor clinici și de laborator. Eficacitatea laparoscopiei – 100%.

CPRE la pacienții mai în vârstă de 90 de ani a descoperit calculi biliari în 54%; stricturi – maligne în – 9,5%; dilatări fără obstrucție – în 11,9% din cazuri. Mai mult de 95% au suportat terapia endoscopică. Complicații – 2,5% dintre pacienți, cu o mortalitate de 0,7%.

Conform datelor oferite de Socolov A. A. [86] eficacitatea diagnostică a CPRE este de 82–94%. Se mai folosesc STE, litextracții cu coșulețe metalice, drenare nazobiliară. Actualmente este posibil de aplicat litotripsia intraductală (mecanică, laser, electrohidraulică), drenarea bilioduodenală cu endoproteze (stenturi). CPRE mai pune în evidență [87] diverticule ale zonei papilare, stricturi terminale ale CBP și ale ductului pancreatic. Diverticulele sunt prezente în 5% din cazuri de colecistită calculoasă și în 9,5% din cazuri de coledocolitiază. La bolnavii cu SBO se înregistrează diverticule. Diverticulele duc la dereglări de pasaj biliar și pancreatic. STE în stricturile biliare sau în cele pancreatice oferă rezultate bune.

Pavars I [29] susține CT în PAS; la 90 de pacienți cu PAS a efectuat CT, urmată de necrosectomie și de lavajul postoperatoriu local, cu o sensibilitate de 73%. În ultimul timp [88], metodele de drenare și de sanare endoscopică a spațiului retroperitoneal se efectuează prin accese lombar și extraperitoneal. Neuhaus H. [89] susține că endoterapia pseudochisturilor este eficientă cu rezultate promițătoare de lungă durată. Sanarea laparoscopică pentru peritonita fermentativă mai rar este infectată – 10,2% versus laparotomie – 40% din cazuri [12].

Tratamentul chirurgical este recomandabil doar în complicațiile pancreonecrozei prin miniacces [90].

Bibliografie

- Constantinescu C., Puiu R., Straja D. 5-fluouracil (ftorafur) in the treatment of acute pancreatitis. Indications for and efficacy of its use. Rev. Med. Interna., 1989; 41 (5): 443-8
- Bollen T. L., Besselink M. G., Van Santvoort H. C., Goozen H. G., Van Leeuwen M. S. Towards an update of the Atlanta classification on acute pancreatitis: review of new and abandoned terms. Pancreas, 2007; 35: 107-113.
- Karelin A. A., Pomelov V. S., Portnoi V. F., Nishanov Kh. T. Effect of 5-fluoracil on the enzymatic activity of the pancreas and blood serum of rats with acute pancreatitis. Biull. Eksp. Biol. Med., 1980; Aug; 90 (8) : 155-7
- Ammori B. J. Laparoscopic transgastric pancreatic necrosectomy for infected pancreatic necrosis. Surg. Endosc., 2002; Sep; 16 (9): 1362
- Appelros S., Borgstrom A. Incidence, aethiology and mortality rate of acute pancreatitis over 10 years in a defined urban population in Sweden. Br. J. Surg., 1999; vol. 86, n. 4, 465- 470.
- Bourke J. Variation in annual incidence of primary acute pancreatitis in Nottingham 1969-1974. Lancet, Nov 1975; 2 (7942): 967-969
- Beger H. G., Rau B., Isenmann R., Mayer J. Surgical treatment of acute pancreatitis. Ann. Chir. Gynaecol., 1998; Vol. 87, N. 3. 183-1898.
- Heider T., Ryan Brown Alphonso., Grimm Ian S., Bebrus Kevin E. Endoscopic Sphincterotomy Permits Interval Laparoscopic Cholecystectomy in Pathiens with Moderately Severe Gallstone Pancreatitis. Jurnal of Gastrointestinal Surgery, 2006; v. 10, 1, 1-5.
- Laureano Fernandez-Cruz., Gleydson Cezar-Borges., Miguel Angel Lopez-Boado., David Orduna., Salvador Navarro. Minimally invasive surgery of the pancreas in progress. Langenbecks. Arch. Surg., 2005; 390: 342-354.
- Casas J. D., Diaz R., Valderas G., Mariscal A., Cuadras P. Prognostic value of CT in the early assessment of patients with acute pancreatitis. AJR Am. J. Roentgenol., 2004; 182: 569-574.

- Glivenco Iu. A., Toskin K. D., Beketov A. I. Method of administering drugs into the pancreas in the form of an aerosol. Farmacol. Toksikol., 1986; 49(2): 84-6.
- Griniastos J., Karvounis E., Isla A. M. Limitations of fluoroscopic intra-operator cholangiography in cases suggestive of choledocholithiasis. J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech., A 2005; 15: 312-317.
- Alan N. Barcun. Early Endoscopic Management of Acute Gallstone Pancreatitis an Evidence Based Rewiew. Jurnal of Gastrointestinal Surgery, 2001; 3, Vol. 5: 243 – 250.
- Bollen T. L., van Santvoort., Besselink M. G., van Leeuwen, Horvath K. D., Freeny P. C., Gooszen H. G. on behalf of the Dutch Acute Pancreatitis Study Group. The Atlanta Classification of acute pancreatitis revisited. British Journal of Surgery, 2008; 95: 6-21.
- Casas J. D., Diaz R., Valderas G., Mariscal A., Cuadras P. Prognostic value of CT in the early assessment of patients with acute pancreatitis. AJR Am. J. Roentgenol., 2004; 182: 569-574.
- Mergener K., Baillie J. A case of Severe Gallstone Pancreatitis. Endoscopy, 2000; 32 (9): 731-735.
- Acosta J. M., Katkhouda N., Debian K. A., Groshen S. G., Tsao-Wei D. D., Berne T. V. Early ductal decompression versus conservative management for gallstone pancreatitis with ampullary obstruction: a prospective randomized clinical trial. Ann. Surg., 243: 33-40.
- Barreda L., Targarona J., Rodriguez C. Protocol for the treatment of severe acute pancreatitis with necrosis. Rev. Gastroenterol. Peru., 2005; vol. 25, no. 2, 168-75.
- Madacsy L., Middelfart H. V., Matzen P., Funch-Jensen P. Video Manometry of sfincter Oddi: A New Aid for Interpreting Manometric Tracings and Excluding Manometric Artefacts. Endoscopy, 2000; 32 (1): 20-26.
- Adler G. Fulminant pancreatitis- internal point of view. Schweiz. Rundsch. Med. Prax., 2006; vol. 95, no. 48, 1882-1886.
- Arendt T, Nizze H, Monig H, Kloehn S, Stuber E, Folsch UR. Biliary pancreatic reflux – induced acute pancreatitis – myth or possibility? Eur. J. Gastroenterol Hepatol. 1999; 11(3):329-35
- Beaux AC, Palmer KR, Carter DC. Факторы, влияющие на частоту осложнений и летальность при остром панкреатите: анализ 279 случаев. Gut, 1995; Vol 37, 121-126
- Fry L.C., Barriga J.A., Linder J.D., Monkemuller. Placement of a Biliary Catheter in the Pancreatic Duct to Aid Common Bile Duct Cannulation. Endoscopy 2003; 35:97
- Kingsnorth A., O' Reilly D. Acute pancreatitis. BMJ, 2006; 332:10782-1076. 25. Савельев В. С., Филимонов М. И., Бурневич С.З., Орлов Б.Б., Саганов В.П., Пухаев Д.А. Оценка эффективности вариантов хирургической тактики при инфицированных формах панкреонекроза. Анналы хирургии №5, 2001; 30-34
- Barthet M., Lesavre N., Desjeux A., Gasmis M., Berthezene P., Berdah S., Viviani X., Grimaud J. C. Complications of Endoscopic Sphincterotomy: Results From a Single Tertiary Referral Center. Endoscopy 2002; 34(12):991-99
- Fan ST., Lai EC., Mok FP., Lo CM., Zheng SS., Wong J. Раннее лечение острого билиарного панкреатита путем эндоскопической папиллотомии. N Engl J Med, 1997; 336(4): 237-242
- Fogel E.L. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography Topics. Endoscopy 2003; 35(11), 913-919
- Pavars M., Irmejs A., Maurins U., Gardovskis J. Severe acute pancreatitis: role for laparoscopic surgery. Zentabl Chir. 2003; 128(10): 858-61
- Rolny P., Andren-Sandberg A., Falk A. Recurrent Pancreatitis as a Late Complication of Endoscopic Sphincterotomy for Common Bile Duct Stones : Diagnosis and Therapy. Endoscopy 2003; 35(4): 356-359

(Bibliografia completă poate fi consultată în redacție)

Anatolie Ghereg, dr., conferențiar universitar
Catedra Chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi”,
Cursul Endoscopie și Chirurgie Miniinvasivă
USMF „Nicolae Testemițanu”
Chișinău, str. Toma Ciorbă, 1
Tel.: 234364
E-mail: anatolieghereg@gmail.com

Recepționat 11.12.2009